



**tout
un monde en
action**

Journées annuelles
de santé mentale

2019

**TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION
AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH)
AU QUÉBEC**

PRÉSENTATEURS

Fatoumata Binta Diallo, Ph.D, INSPQ

Brigitte Moreault, M.Sc, INESSS

Micheline Lapalme, Ph.D, INESSS

Martin Gignac, MD, Psychiatre, St. Justine

Frédéric Boisrond, PANDA

Caroline Benoit, Prg. Jeunesse, CISSS de la Montérégie

Alain Lesage, MD, MPhil, IUSMM

PLAN DE LA PRÉSENTATION

- **Présentation**
 - Conférenciers
 - Déroulement de la conférence
- **Données de l'INSPQ sur le TDAH**
- **Travaux de l'INESSS sur la trajectoire optimale de services**
- **Échanges et discussions avec l'auditoire**

DONNÉES DE L'INSPQ SUR LE TDAH

ÉPIDÉMIOLOGIE DU TDAH

- **Augmentation constante de la prévalence**

- **Prévalence à vie chez les 4-17 ans = 11 % (USA - CDC, 2017)**

- **↑ 5 % par an depuis 2003**

- **▲ États (5,6 % à 18,7 %)**

- **Données de quatre provinces canadiennes**

Provinces	NS	QC	MB	ON
P. Annuelle diagnostiquée	3,8 %	3,8%	2,8%	1,1%

- **Augmentation de % enfants avec médication**

- **4,8 % en 2007 à 6,1 % en 2011 chez les 4-17 ans (USA_CDC, 2017)**

- **Manque de connaissances sur les effets secondaires des médicaments utilisés**

SURVEILLANCE DU TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH) AU QUÉBEC

Fatoumata Binta Diallo

Éric Pelletier

Louis Rochette

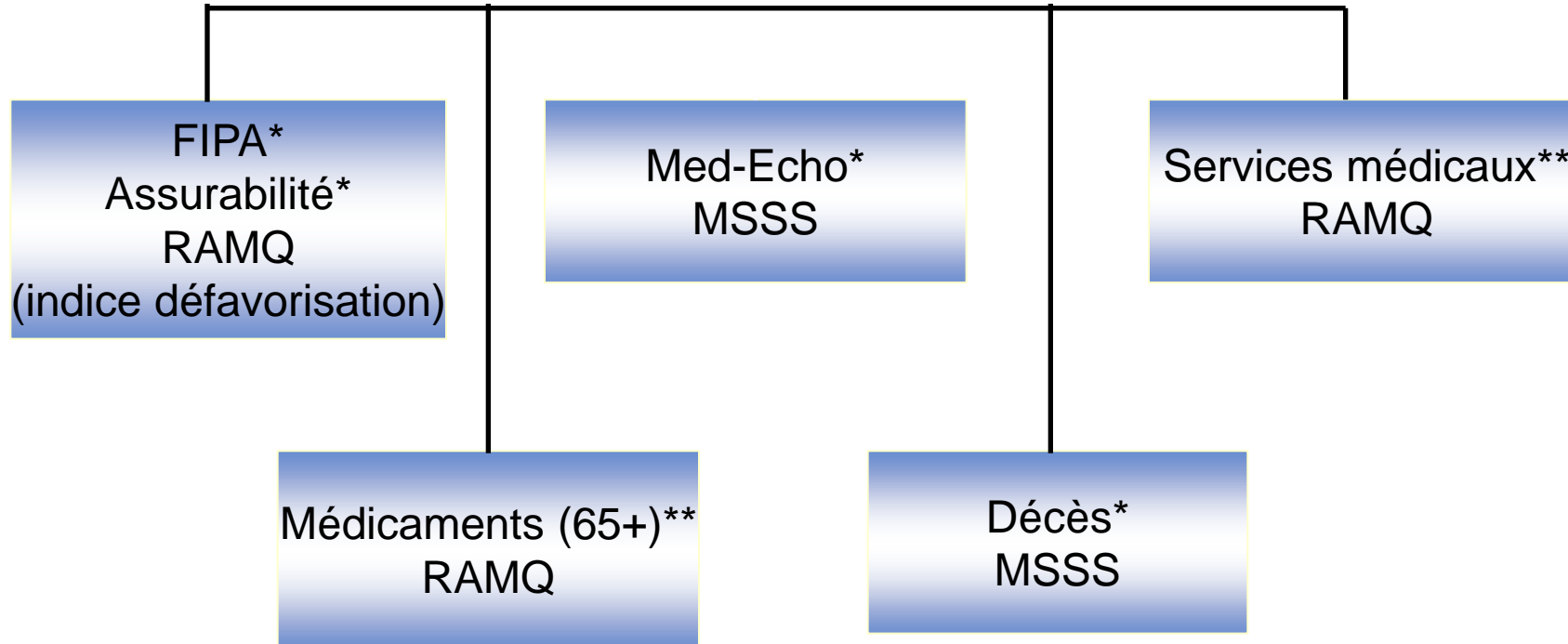
Alain Lesage

**Bureau d'information et d'études en
santé des populations (BIESP) - INSPQ**

Journées annuelles de santé mentale - 2019

SOURCES DE DONNÉES - SISMACQ

Modèle opérationnel Jumelage



- **POPULATION À L'ÉTUDE**

- 24 ans et moins avec un diagnostic de TDAH entre 1996-2016 et admissible au Régime d'assurance maladie du Québec

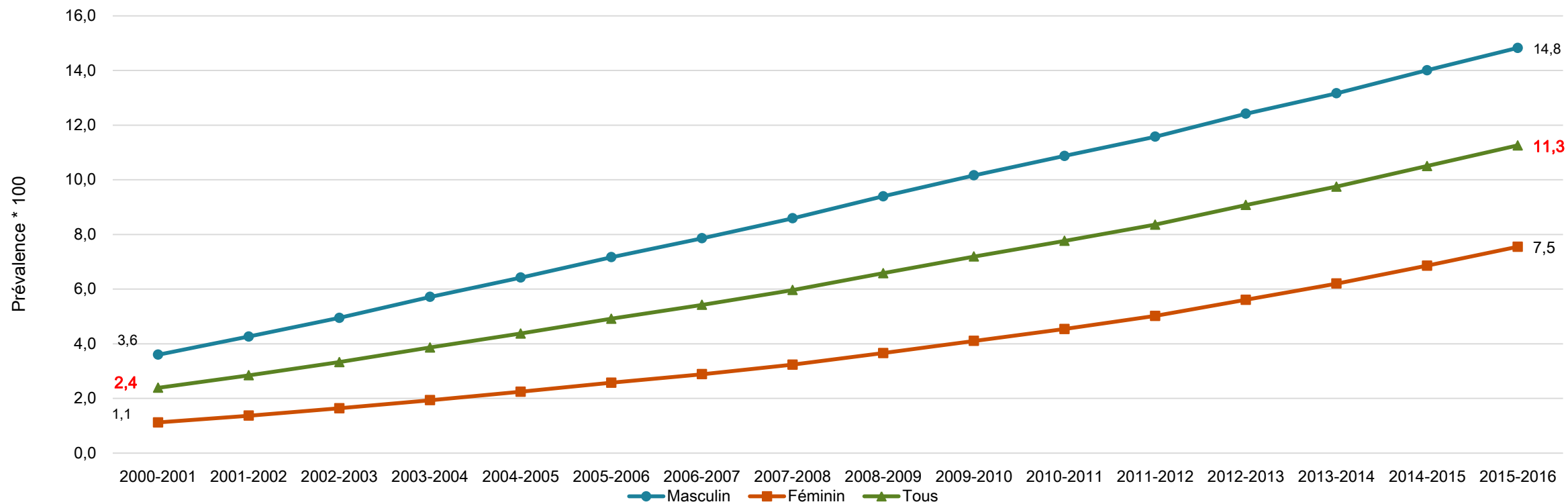
- **DÉFINITION DE CAS**

- Tout individu ayant eu au moins une visite ou une hospitalisation avec un diagnostic principal de TDAH (codes 314 de la CIM-9 ou équivalents CIM-10-CA)

- **PÉRIODE D'ANALYSE**

- 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2016

PRÉVALENCE DU TDAH AU QUÉBEC



Prévalence à vie ajustée du diagnostic de TDAH chez les 1 à 24 ans, selon le sexe, Qc, 2000-2001 à 2015-2016

PRÉVALENCE À VIE DU TDAH AU QUÉBEC - 2015-2016

240 535
11,3 %



**Enfants de 1-24 ans en
2015-2016 avec TDAH**

Garçons

161 450 - 14,8%

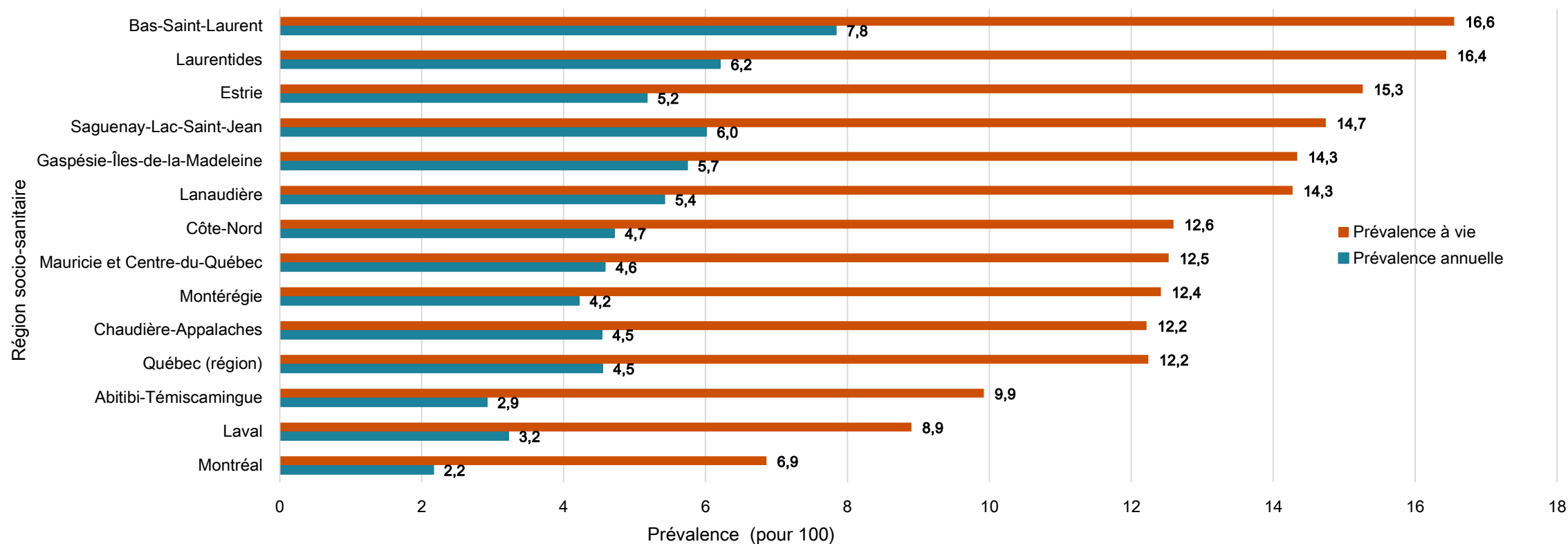
Filles

79 075 - 7,5 %



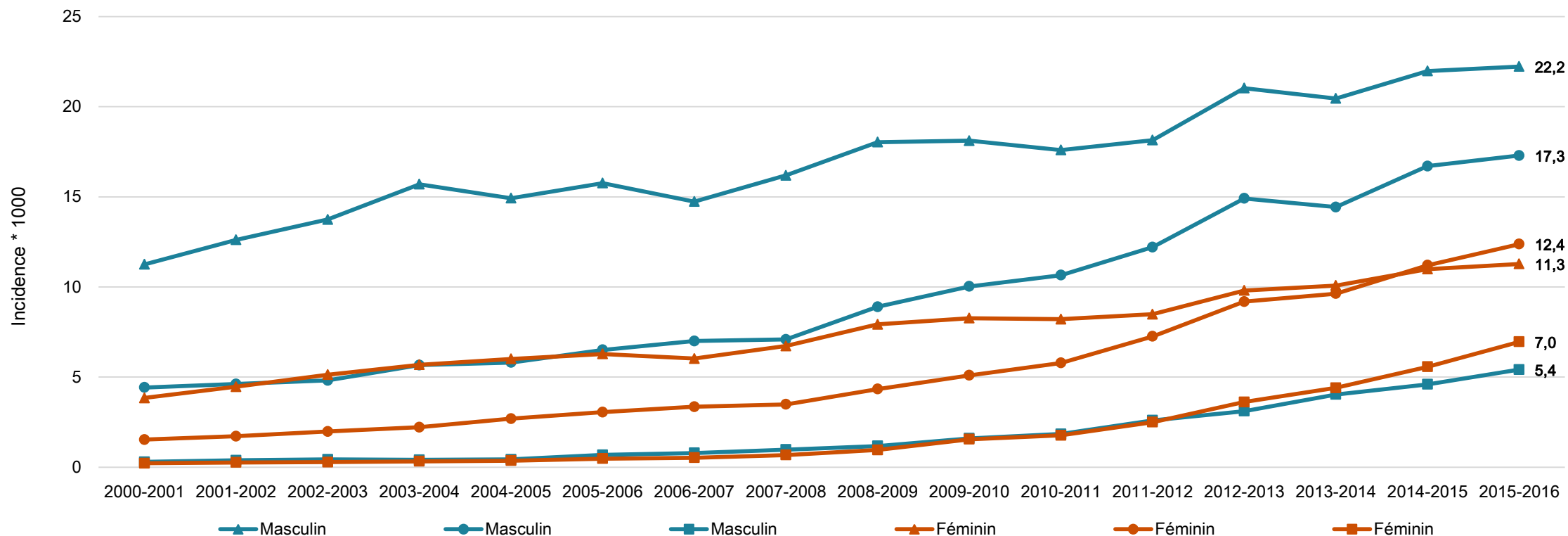
Deux garçons pour 1 fille

PRÉVALENCE DU TDAH SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC



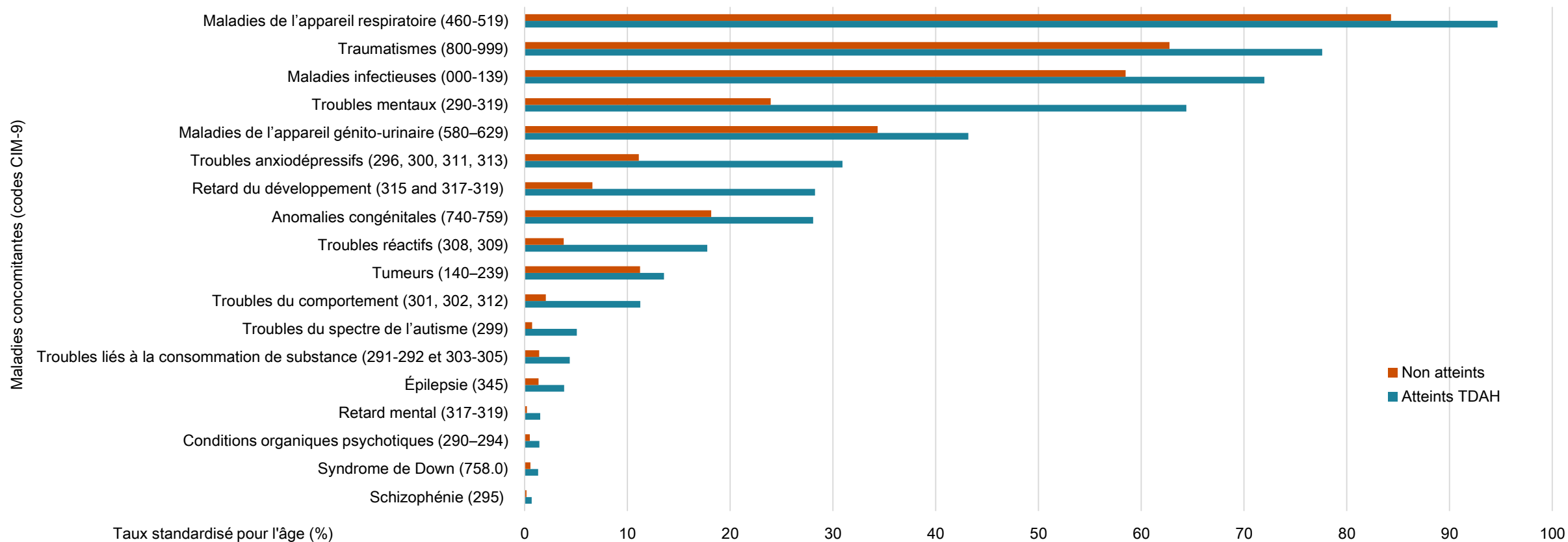
Prévalence à vie ajustée et prévalence annuelle ajustée du TDAH chez les 1 à 24 ans selon les régions, Qc, 2015-2016

TAUX D'INCIDENCE DU TDAH DIAGNOSTIQUÉ AU QUÉBEC



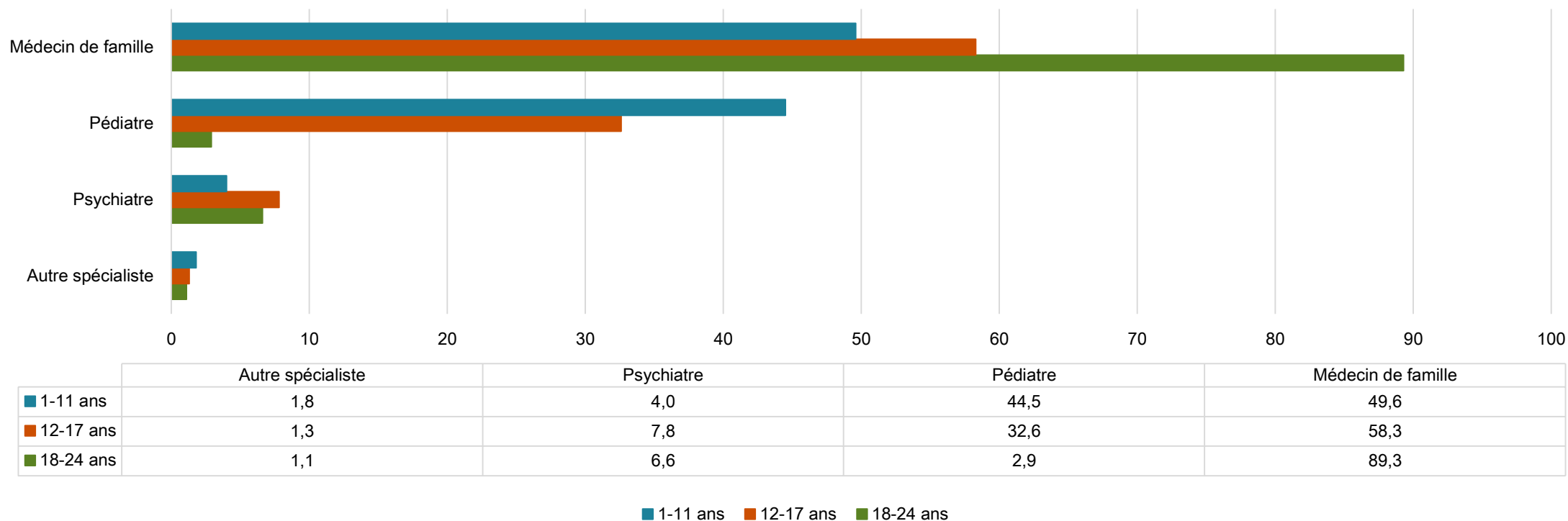
Taux d'incidence du TDAH diagnostiqué chez les 1 à 24 ans selon le sexe et l'âge, 2000-2001 et 2015-2016

PRÉVALENCE DES MALADIES CONCOMITANTES



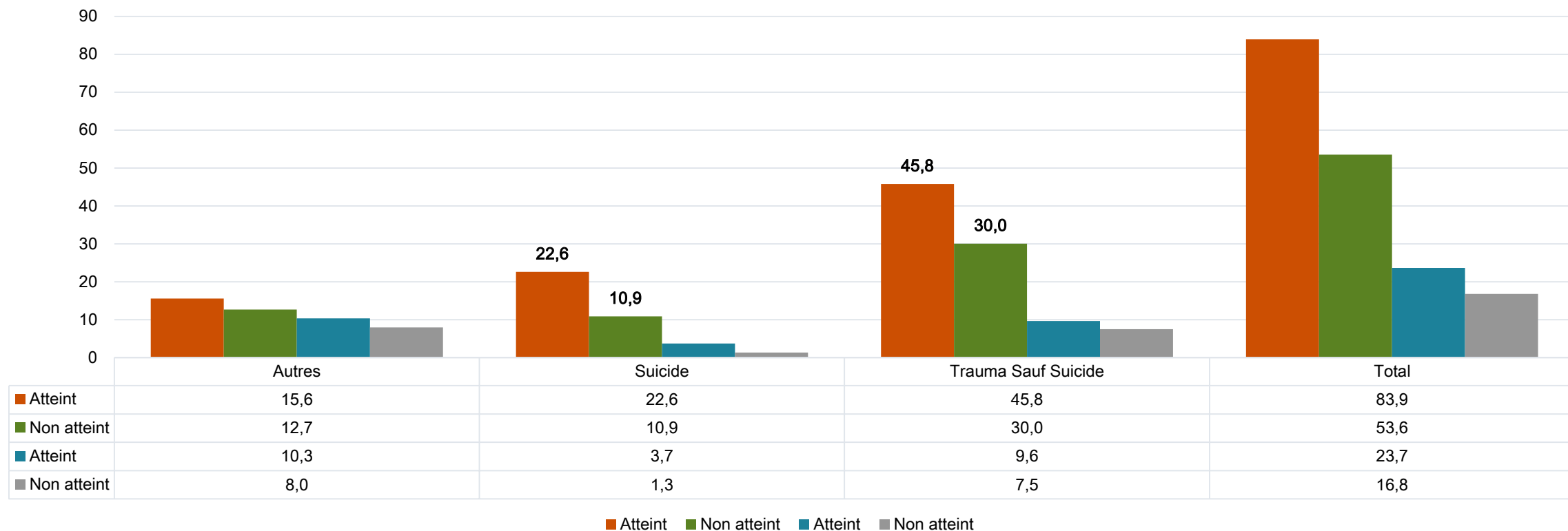
Prévalence des maladies concomitantes chez les pers. avec TDAH (n=240 535) ou sans TDAH (n=1 937 270), 1 à 24 ans, Qc, 2015-2016

CAS INCIDENTS SELON L'ÂGE ET LA SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN



Proportion (%) de cas incidents selon l'âge et la spécialité du médecin posant le premier diagnostic, Québec, 2015-2016

EXCÈS DE MORTALITÉ CHEZ LES PERSONNES AVEC TDAH



Tx de mortalité (pour 100 000) selon le groupe d'âge et la cause de décès chez les pers. de 1 à 24 ans avec ou sans TDAH, Qc, 1996-2012

CONCLUSION

- Un accroissement constant du TDAH dans le temps, avec actuellement une prévalence à vie de 11,3 % chez les 24 ans et moins.
- Les différences interrégionales de la prévalence du TDAH observées pourraient être associées, en partie, à la disponibilité des ressources et des équipements en santé, et au mode de fonctionnement dans les régions.
- Avant l'âge de 18 ans, les garçons sont plus diagnostiqués que les filles; cet écart de taux se réduit au fur et à mesure de l'avancement en âge pour atteindre à peu près un ratio = 1.
- La prévalence élevée des maladies concomitantes chez les personnes avec un TDAH pourrait expliquer, en partie, la forte utilisation des services de santé, pour des raisons de santé mentale et autres.
- Un excès de mortalité par trauma et par suicide chez les 18-24 ans.
- La prochaine étape consiste à vérifier si l'Exposition aux Médicaments TDAH est associée à une réduction du risque de trauma, suicide et de mortalité.

DONNÉES DE L'INESSS

**Avis sur une trajectoire optimale de services pour les
enfants, adolescents et jeunes adultes avec un TDAH ou
des difficultés apparentées**

Plan de la présentation

1. Mise en contexte

- Mandat
- Travaux en appui à l'Avis

2. Trajectoire de services proposée

1. MISE EN CONTEXTE

Mandat confié à l'INESSS(2015)

- Examiner la problématique dans le cadre des travaux sur la pertinence clinique et produire un portrait de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH au Québec.
- L'INESSS a proposé et convenu avec le MSSS d'élargir les travaux et de produire également un portrait sur l'utilisation des services psychosociaux au Québec chez les personnes de 25 ans et moins.

Travaux en appui à l'Avis

L'INESSS (2017) a produit trois états des pratiques:

- *Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de 25 ans et moins.*
- *Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Canadiens de 25 ans et moins.*
- *Portrait des services psychosociaux utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec chez les personnes de 25 ans et moins.*

Constats généraux

- Au Québec, augmentation du diagnostic de TDAH et des traitements par des médicaments spécifiques au TDAH au cours des dernières années
- Davantage de traitements pharmacologiques au Québec qu'ailleurs au Canada
- Contrairement aux meilleures pratiques, les interventions pharmacologiques sont souvent le seul traitement proposé et accessible (peu de services psychosociaux offerts dans le réseau public)
- Les parents ont tendance à se tourner vers le réseau privé pour se procurer des services d'évaluation pour le TDAH (difficultés d'accès à une évaluation dans le réseau public)
- La trajectoire proposée s'appuie sur:
 - 3 revues systématiques
 - 5 sondages (n= 3216)
 - 3 groupes de discussion
 - 22 entrevues téléphoniques
 - les travaux de 4 comités

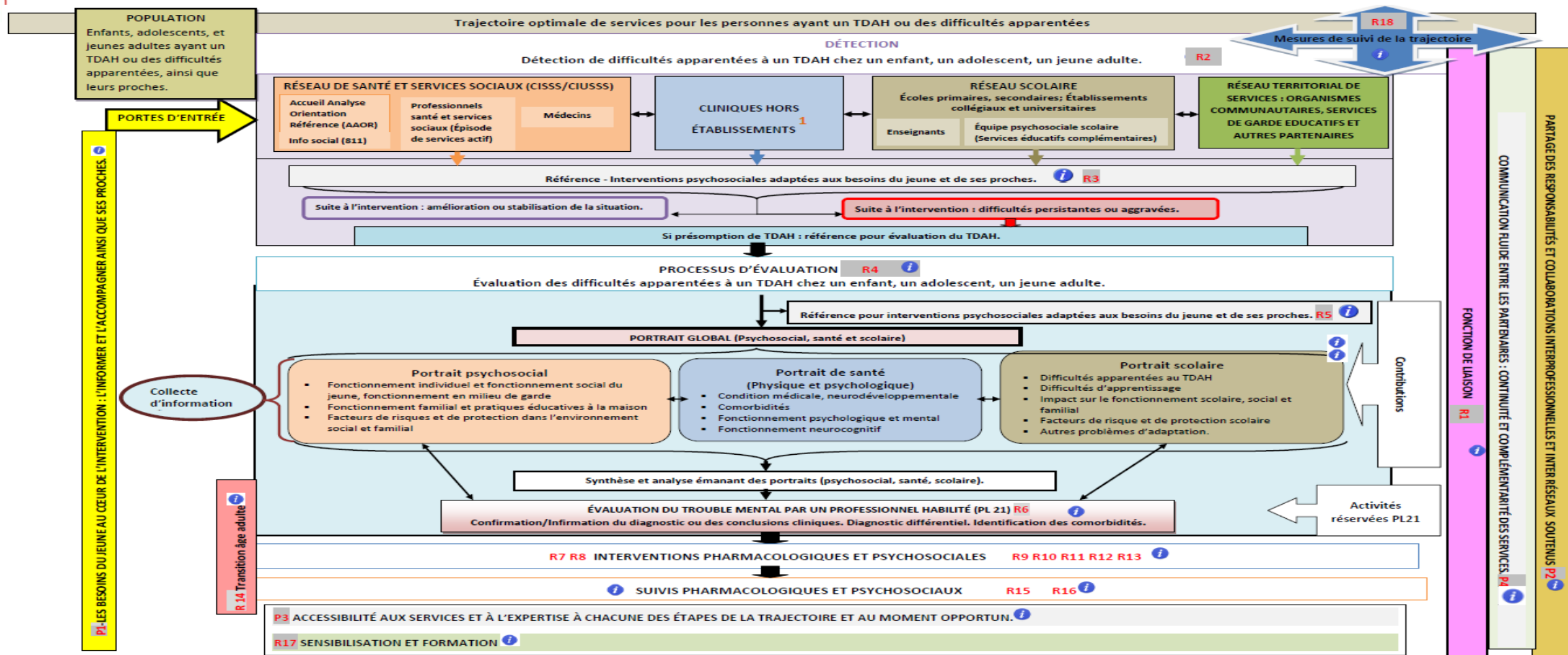
2. TRAJECTOIRE DE SERVICES

Trajectoire de services proposée

Caractéristiques de la trajectoire

- Centrée sur les besoins du jeune (au-delà du diagnostic)
- Des interventions psychosociales à chacune des étapes
- Une fonction de liaison (volet administratif et volet clinique): coordination, arrimages (RSSS et réseau scolaire et autres partenaires).
- Une structure et des modalités (application possible à d'autres problèmes ou troubles mentaux courants chez les jeunes desservis par le réseau public)
- Mesures de suivi de la trajectoire

Journées annuelles de santé mentale - Suite



* Chacun des portraits (psychosocial, santé et scolaire) est nécessaire pour l'évaluation du TDAH. Les éléments indiqués dans chacun des portraits sont requis selon le profil clinique de l'utilisateur.

¹ Les cliniques hors établissements regroupent les groupes de médecine familiale (GMF), cliniques médicales et cliniques privées.

Principes directeurs

- 1- Impliquer le jeune et ses proches
- 2- Partager les responsabilités selon les mandats: RSSS, réseau scolaire et réseau des services éducatifs à l'enfance (ententes régionales adaptées localement)
- 3- Assurer l'accessibilité à l'expertise et aux services requis à chacune des étapes de la trajectoire
- 4- Adopter des mécanismes de communication fluide entre les réseaux

Recommandations transversales

Recommandations transversales

Fonction de liaison

Mise en place d'une fonction de liaison entre les établissements des réseaux concernés (services de garde éducatifs, SSS et scolaire)

Sensibilisation et formation

Activités de sensibilisation (tous les réseaux) et activités de formation pour l'évaluation du TDAH et les interventions pharmacologiques et psychosociales efficaces associées au TDAH (respect PL 21)

Recommandations à l'étape DÉTECTION

Détection

- Favoriser la détection précoce des difficultés apparentées au TDAH chez les enfants d'âge préscolaire.
- Favoriser la détection du TDAH et des difficultés apparentées chez les enfants d'âge scolaire, les adolescents et les jeunes adultes.
- Assurer la prise en charge du jeune et de ses proches ou leur référence vers des interventions psychosociales adaptées à leurs besoins (au moment opportun et dans un délai raisonnable, avec ou sans diagnostic de TDAH)

Recommandations à l'étape ÉVALUATION

Évaluation

Processus d'évaluation provincial pour le TDAH

- Utilisation du même processus et partage de l'information clinique (professionnels du RSSS et du réseau scolaire): portrait global (psychosocial, santé, scolaire)

Interventions psychosociales, si requis

- Agir sur les difficultés présentes dans les différentes sphères de la vie du jeune et orienter le suivi.
- Évaluation du trouble mental par un professionnel habilité (PL21)
- Modèle de soins partagés
- Approche collaborative
- Précision diagnostique, détermination d'un diagnostic différentiel et évaluation des comorbidités
- Soutien aux professionnels

Recommandations

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

Interventions pharmacologiques

- Sur confirmation du diagnostic, il est recommandé que le traitement pharmacologique spécifique au TDAH, si requis, soit intégré dans une approche personnalisée en lien avec les cibles du plan de traitement individualisé.
- Il est recommandé que les modalités d'accès aux médicaments spécifiques au TDAH, notamment le méthylphénidate à longue durée d'action, soient revues.

Recommandations INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

Interventions psychosociales

Enfants de 5 ans et moins

- Programmes d'entraînement aux habiletés parentales (validés ou évalués, intervention considérée avant une intervention pharmacologique)

Enfants de 6 à 18 ans

- Interventions comportementales en classe et mesures de différenciation pédagogique
- Interventions ciblant le développement de compétences personnelles, en individuel ou en groupe (6-12 ans: pour l'enfant et le parent)

Transition des jeunes vers l'âge adulte

- Soutenir la transition par des ententes convenues entre les partenaires du Réseau territorial de services:
 - planification adéquate des services en amont de la transition et à la suite de la transition
 - implication active du jeune et de ses proches
 - évaluation ou réévaluation des besoins et des difficultés du jeune et orientation optimale du suivi

Recommandations

SUIVIS PHARMACOLOGIQUES ET SUIVIS PSYCHOSOCIAUX

Suivis pharmacologiques et suivis psychosociaux

Suivis pharmacologiques

- Suivi régulier, une fois par année (au moins aux 6 mois/enfants âgés de 6 ans et moins lorsqu'indiqué), plus rapproché en début de traitement
- Implantation d'un processus standardisé
- Évaluation de l'évolution des symptômes et de l'adhésion au traitement et recherche des effets indésirables lors de chaque visite de suivi

Suivis psychosociaux

- Suivi personnalisé auprès du jeune
- Implication de chacun des réseaux responsables d'assurer un suivi auprès du jeune s au moment opportun
- Ajustements apportés lorsque requis aux interventions et services qui sont offerts (actualisation des PI, PSI et PSII), en portant une attention particulière aux étapes de transition

Journées annuelles de santé mentale - 2019

Merci!